

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN
DRUG POLICYOPIEKA AMBULATORYJNA
ZAMIAST LECZENIA SZPI
– KORZYŚCI DLA PACJENTA, OSZCZĘD

W Polsce każdego roku ok. 3 tys. osób jest diagnozowanych i leczonych z powodu uczulenia na jad owadów błonkoskrzydłych. Według szacunków opartych na porównaniach z innymi krajami leżącymi w tej samej szerokości geograficznej rzeczywista liczba chorych jest 3–4 razy większa. Leczenie polega na tzw. odczulaniu, czyli swoistej immunoterapii alergenowej, w Polsce dostępnej jedynie na 33 wyspecjalizowanych oddziałach szpitalnych, w dodatku rozłożonych na terenie naszego kraju dosyć nierównomiernie. Tymczasem w większości krajów Europy leczenie to jest dostępne dla pacjentów również w poradniach.

ZWIĘKSZYĆ dostępność

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych jest stosunkowo rzadsza w porównaniu na przykład z alergicznym nieżytem nosa czy alergiami pokarmowymi, jednak jest to schorzenie potencjalnie śmiertelne. U osób uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych po użądleniu pojawiają się różne objawy kliniczne, począwszy od miejscowych, takich jak obrzęk i zaczerwienienie skóry, do reakcji ogólnoustrojowej o przebiegu łagodnym (pokrzywka, świąd) lub ciężkim (obrzęk krtani, napad astmy, bóle brzucha, wymioty, objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego). W najcięższych przypadkach może dojść do utraty przytomności, a nawet zgonu. Reakcja ta następuje w czasie od kilku sekund do kilku minut po użądleniu. Leczenie zapobiegające jej wystąpieniu, czyli swoista immunoterapia alergenowa, polega na podawaniu niewielkich ilości czynnika alergizującego. Dzięki temu układ immunologiczny pacjenta powoli uczy się tolerować składniki jadu. Lek odczulający musi być podawany w regularnych odstępach (co 4–6 tygodni) przez okres 3–5 lat.

– Aktualnie odczulanie prowadzone jest wyłącznie na oddziałach szpitalnych. Dla pacjentów oznacza to utrudniony dostęp, gdyż nierzadko szpital prowadzący tę terapię jest oddalony o ponad 100 km od ich miejsca zamieszkania. Nie wszyscy chorzy mogą (z przyczyn zawodowych, zdrowotnych, finansowych) pozwolić sobie na takie dojazdy. Dotyczy to zwłaszcza osób z małych miejscowości, które notabene są grupą szczególnie zagrożoną reakcjami alergicznymi po użądleniu, bo mają najczęstszy kontakt z owadami. Dlatego właściwe jest stworzenie możliwości odczulania także w ramach AOS. Przy odpowiednim doborze leków immunoterapia alergenowa jest bezpieczna i znacznie bardziej przewidywalna, niż była kiedyś, a zatem nie

JAKIE SĄ KORZYŚCI I JAKIE BARIERY W PRZESUWANIU GŁÓWNEGO CIĘŻARU Z LECZENIA SZPITALNEGO NA SPECJALISTYCZNE LECZENIE AMBULATORYJNE?

O tym dyskutowano podczas panelu „Oszczędności dla systemu. Leczenie szpitalne do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)” na konferencji „Priorities and challenges in Polish and European drug policy”. Za przykład posłużyło leczenie pacjentów z chorobami alergicznymi, zwłaszcza z alergią na jad owadów błonkoskrzydłych, oraz z chorobami hematologicznymi.

Marta KOTON-CZARNECKA

TALNEGO NOŚCI DLA SYSTEMU



fot. istockphoto.com



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **Grzegorz BACZEWSKI** – członek Rady Fundacji Centrum Walki z Alergią
- **Michał DZIĘGIELEWSKI** – dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Andrzej M. FAL** – kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof GIANOPOULOS** – kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, lekarz kierujący Oddziałem Hematologicznym Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie
- **Krzysztof ŁANDA** – Medinvest Scanner, lekarz, były wiceminister zdrowia

musi w każdym przypadku być prowadzona w warunkach szpitalnych – mówił prof. dr hab. n. med. Andrzej M. Fal, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.

– Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych oprócz objawów fizycznych niesie ze sobą bardzo duże obciążenie psychiczne. Pacjenci często zmagają się z lękiem, a nawet fobiami. Jeśli ktoś doświadczył silnych ogólnoustrojowych objawów alergicznych, ma w sobie lęk, który negatywnie przekłada się na codzienne funkcjonowanie. Pacjenci boją się wyjść z domu na spacer czy po zakupy, co oczywiście odbija się na życiu rodzinnym i społecznym, a także na życiu zawodowym, bo dużą część osób z tą alergią stanowią rolnicy, ogrodnicy, pszczelarze czy leśnicy. Wielu chorych chciałoby się leczyć, ale często mają problem z dojazdem do ośrodka. Są także tacy, którzy nie mogą pozwolić sobie na bra-

nie urlopów w pracy, więc górę bierze pragmatyka życia codziennego. Są też osoby, które odczuwają lęk przed pobytem w szpitalu. Gdyby odczulanie było prowadzone w warunkach ambulatoryjnych, dostęp do niego byłby łatwiejszy, a liczba osób korzystających z tej terapii mogłaby się zwiększyć – uzupełnił Grzegorz Baczewski, członek Rady Fundacji Centrum Walki z Alergią.

WYPRZEDZIĆ zagrożenie

Paneliści podkreślili, że postulat przeniesienia terapii odczulającej ze szpitali do ośrodków ambulatoryjnych nie oznacza zaprzestania świadczenia tego leczenia w ośrodkach szpitalnych. – Dla pa-

GRZEGORZ BACZEWSKI

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych oprócz objawów fizycznych niesie ze sobą bardzo duże obciążenie psychiczne. Pacjenci często zmagają się z lękiem, a nawet fobiami

cjentów powinny być dostępne obie możliwości. Ci, którzy z różnych względów nie mogą lub nie chcą zrezygnować z odczulania w szpitalu, powinni nadal mieć taką możliwość. Natomiast osoby preferujące odczulanie w mniejszych ośrodkach, powinny też mieć taki wybór. Oczywiście musiałyby to być placówki certyfikowane, gwarantujące bezpieczeństwo – zaznaczył prof. Andrzej M. Fal.

Zdaniem eksperta przeniesienie odczulania ze szpitali do AOS poprawiłoby jego dostępność dla pacjentów, a co więcej, zmiana ta nie powinna generować dużych kosztów. Przeciwnie – może przynieść istotne oszczędności. – Leczenie szpitalne jest najbardziej kosztochłonne, a w tym przypadku wyższe koszty nie przekładają się na jakość leczenia. Taką samą jakość terapii można uzyskać w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Jeśli zaczniemy pacjentów odczuwać ambulatoryjnie, za te same środki będziemy mogli sfinansować diagnozowanie i leczenie dla 2–3 razy większej grupy chorych. A dzięki zwiększeniu populacji osób leczonych możemy wyprzedzić zagrożenie i zapobiegać sytuacjom bezpośredniego zagrożenia, a nawet utraty życia z błahego, wydawałoby się, powodu: „bo użądliła go osa” – podkreślał profesor.

BLIŻEJ pacjenta

Bardzo podobna sytuacja ma miejsce w hematologii i dotyczy pacjentów leczonych lekami doustnymi w ramach programów lekowych. – Hematologia w ostatnich latach bardzo się zmieniła, obecnie większość leków stosowanych w chorobach ▶



fot. istockphoto.com

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

► hematologicznych to wygodne preparaty podawane doustnie lub podskórnie. Ta zmiana rozpoczęła się 20 lat temu, gdy został zarejestrowany pierwszy lek celowany molekularnie, czyli imatynib. Dziś na oddziałach prawie nie widzimy pacjentów, którzy wcześniej byli kierowani do szpitali na intensywne leczenie, takie jak chemioterapia czy przeszczepienie szpiku. Pojawiają się po to, żeby wydać im leki do przyjmowania doustnego, a zatem w praktyce są pacjentami ambulatoryjnymi. Samo leczenie nie wymaga więc przyjazdów do szpitala, ale wymaga tego formuła finansowania leczenia, czyli programy lekowe, w ramach których ci pacjenci otrzymują leki. Obecnie programy lekowe nie mogą być realizowane przez AOS. Trzeba się zastanowić, czy to faktycznie najlepsze rozwiązanie, że pacjent jest zmuszony do dalekich dojazdów i wykluczony na cały dzień z życia zawodowego i społecznego, żeby wydano mu leki doustne. Takie leczenie z po-

PROF. KRZYSZTOF **GIANNOPOULOS**

Trzeba się zastanowić, czy to faktycznie najlepsze rozwiązanie, że pacjent jest zmuszony do dalekich dojazdów i wykluczony na cały dzień z życia zawodowego i społecznego, żeby wydano mu leki doustne



KRZYSZTOF **LANDA**

Od decydentów wciąż słyszymy, że system ma być pacjentocentryczny, więc niech taki będzie i niech pacjenci będą leczeni w ambulatoriach zawsze wtedy, gdy nie ma wskazań medycznych do pobytu w szpitalu

wodzeniem mogłoby być prowadzone w AOS, która jest i powinna być bliżej pacjenta – wyjaśniał prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, lekarz kierujący Oddziałem Hematologicznym Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im św. Jana z Dukli. Ekspert przypomniał też, że w zeszłym roku, na początku pandemii COVID-19, Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat pozwalający na wydawanie leków pacjentom leczonym w programach lekowych na 3 lub nawet 6 miesięcy. – Przybliżyło nas to trochę do opieki ambulatoryjnej nad tymi pacjentami i do standardów, jakie obowiązują w krajach Europy Zachodniej. To rozwiązanie się sprawdziło i chcielibyśmy, żeby nadal funkcjonowało, niezależnie od pandemii – mówił prof. Krzysztof Giannopoulos.

WYMUSZONE przez pandemię

– Przechodzenie z leczenia szpitalnego do AOS oraz leczenia pacjenta w domu jest kierunkiem postulowanym od dziesięcioleci, ale dotychczas niewiele się w tej kwestii działo. Podejmowano pewne punktowe wysiłki, ale nie było całościowego rozwiązania systemowego. Pożądane zmiany wymusiła dopiero pandemia COVID-19. Są one zresztą zgodne z rekomendacjami, które w czasie pandemii wydała większość międzynarodowych towarzystw medycznych. Wśród tych zaleceń jest m.in. samodzielne przyjmowanie leków przez pacjentów, skrócenie czasu interwencji medycznych czy stosowanie leków o przedłużonym czasie uwalniania. Jest to zrozumiałe, bo pacjent przeniesiony ze szpitala do AOS nie spędza tak dużo czasu w miejscu, gdzie jest wysokie zagrożenie infekcją SARS-CoV-2. Zmniejsza się ryzyko zdrowotne dla pacjenta, ale też dla personelu. Ponadto w czasie pandemii wiele szpitali zostało zamienionych na

na jednostkę masy ciała, a więc z koniecznością pobytu pacjenta w szpitalu. Obecnie pojawiła się forma podskórna tego leku, co oznacza, że może być podawany w ambulatorium. Daratumumab w formie podskórnej jest tak samo skuteczny jak w formie dożylniej, a przy tym ma lepszy profil bezpieczeństwa. Ponadto podawanie leku w formie podskórnej w warunkach ambulatoryjnych generuje oszczędności związane z samym podaniem, a także z mniejszym obciążeniem infrastruktury i personelu szpitalnego oraz z mniejszymi kosztami pośrednimi i społecznymi.

POKONAĆ bariery

Z postulatami przenoszenia leczenia ze szpitali do AOS zgodził się Michał Dzięgielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia. Przedstawił też działania resortu zmierzające do tego celu oraz przeszkody, które należy pokonać.

– W Polsce wskaźnik łóżek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest jednym z najwyższych w Europie. W trakcie pandemii COVID-19 to nas w dużej mierze ratowało, ale na co dzień jest to zjawisko niepożądane. Trend odchodzenia od hospitalizacji jest widoczny w działaniach regulatorów już od dawna, a zapoczątkowało go wprowadzenie procedur jednodniowych. Świadczenia realizowane w trybie jednodniowym są bowiem formą pośrednią między leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym. Przechodzenie na procedury jednodniowe nie do końca się jednak udało. Dziś dominują one w okulistyce, przede wszystkim w leczeniu zaćmy, natomiast w pozostałych dziedzinach medycyny mają charakter jedynie wspomagający. Kolejny krok w kierunku przesuwania ciężaru świadczenia usług medycznych w stronę ambulatoriów zrobiono podczas tworzenia sieci szpitali. Wówczas przeszkodą okazała się wycena procedur. Jeśli za świadczenie realizowane w warunkach szpitalnych można było dostać kilkakrotnie więcej pieniędzy niż za to samo świadczenie realizowane ambulatoryjnie, to szpitale z tego korzystały i w ten sposób optymalizowały swoje działania. Przykładem są różne endoskopie przeprowadzane w szpitalach, choć mogłyby być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Drugim problemem, oprócz wyceny świadczeń, jest to, że w warunkach ambulatoryjnych nie można stosować znieczulenia. W gabinetach zabiegowych nie ma anestezjologów, a przeprowadzanie pewnych procedur (np. kolonoskopii czy zabiegów ginekologicznych) bez znieczulenia nie przystaje do medycyny XXI wieku. Trzecim problemem jest duża baza łóżek szpitalnych, które trzeba jakoś wykorzystać – tłumaczył Michał Dzięgielewski.

Decydenci zdają sobie sprawę, że leczenie w AOS jest korzystniejsze dla pacjentów, dlatego dążą do przeniesienia do ambulatoriów w pierwszej kolejności świadczeń diagnostycznych i zabiegowych. – Żeby przesunąć główny ciężar w stronę świadczeń ambulatoryjnych, częściowo znieśliśmy limity np. świadczeń diagnostycznych, takich jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, oraz świadczeń realizowanych w poradniach kardiologicznych, endokrynologicznych i ortopedycznych. Kolejnym krokiem, zasygnalizowanym przy okazji prezentacji programu Polski Ład, będzie całkowite zniesienie limitów w AOS – zapowiedział przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. ■

jednostki jednoimienne, a więc przestało pełnić swoje dotychczasowe funkcje i pacjenci zostali przekierowani do AOS. Okazało się, że można ich w ten sposób leczyć. Od decydentów wciąż słyszymy, że system ma być pacjentocentryczny, więc niech taki będzie i niech pacjenci będą leczeni w ambulatoriach zawsze wtedy, gdy nie ma wskazań medycznych do pobytu w szpitalu – przekonywał Krzysztof Łanda z Medinvest Scanner, lekarz, były wiceminister zdrowia.

Za przykład podał leczenie daratumumabem, przeciwciałem monoklonalnym stosowanym w nawrotowym lub opornym szpiczaku plazmocytozowym. Początkowo lek ten był podawany w postaci długotrwałego wlewu dożylnego w dawce przeliczanej

KOMENTARZ MINISTRA MACIEJA MILKOWSKIEGO dotyczący bieżącej sytuacji dostępny w formie wideo na stronie [termedia.pl/mz](https://www.termedia.pl/mz)